

L 1 KR 237/12

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 39 KR 439/10

Datum

12.09.2012

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 237/12

Datum

25.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Krankenversicherung; Streit um Krankenhausvergütung; keine Abrechnung einer ambulanten Operation für eine Portimplantation als nachstationäre Behandlung; Sicherung des Behandlungserfolgs; Maßgeblichkeit des Gesamterfolgs der Behandlung des Krankheitsfalles

1. Soweit ein Krankenhaus einem Versicherten einen Port als nachstationäre Behandlung implantieren kann, die mit einer Fallpauschale abgegolten ist, darf es hierfür keine ambulante Operation abrechnen (Anschluss an BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 23/15 R](#)).

2. Dies gilt auch, wenn während der stationären Behandlung in erster Linie diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden, d.h. keine Tumorentfernung erfolgte, und der Port für eine nach den Ergebnissen der Diagnostik empfohlene palliative Antikörper- und Chemotherapie benötigt wird.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 12. September 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen. IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 411,63 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten ambulanten Operation im Jahre 2009.

Der 1935 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte G (nachfolgend: Versicherter) wurde im Zeitraum vom 6. August 2009 bis 18. August 2009 in dem gemäß [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin nach Einweisung aufgrund abdomineller Schmerzen stationär behandelt. Während des stationären Aufenthalts wurde zunächst am 7. August 2009 eine Gastroskopie durchgeführt, bei der u.a. eine geringgradige chronische Pangastritis festgestellt wurde. Nach einer Koloskopie am 11. August 2009 diagnostizierten die Ärzte der Klägerin beim Versicherten ein Adenokarzinom im rektosigmoidalen Übergang. Im Einzelnen wurden neun Polypen (Kolonadenome) aufgefunden und nach Probenentnahme einer pathologisch-anatomischen Untersuchung zugeführt. Zwei Polypen konnten vollständig abgetragen werden (Nr. 2 – villöses Adenom, Kat. 4.1 der modifizierten Wien-Klassifikation, im Gesunden entfernt – und Nr. 8 – tubulovillöses Adenom, Kat. 3, fraglich im Gesunden entfernt), einer der Polypen (Nr. 7 – vermutlich invasives Adenokarzinom, Kat. 4.3, offenbar nicht im Gesunden entfernt) erwies sich als bösartig. Ferner zeigten sich nach einer Oberbauchsonografie und einer Computertomografie (CT) des Abdomens eine ausgeprägte Aszites und eine diffuse Netzkarzinose; außerdem bestand der Verdacht auf eine Lebermetastase. In der CT des Thorax zeigten sich vergrößerte Lymphknoten, ebenfalls mit Verdacht auf metastatischen Befall. Empfohlen wurde nach Besprechung der Befunde im Tumorboard vom 18. August 2009 eine palliative Antikörper- und Chemotherapie. Die Ärzte der Klägerin informierten den Versicherten in mehreren Gesprächen über die Erkrankung und Therapieoptionen. Dieser sprach sich für die Durchführung der empfohlenen ambulanten Antikörper- und Chemotherapie bei Dr. D in C ... aus. Er unterzeichnete bereits am 18. August 2009 im Krankenhaus der Klägerin einen Aufklärungsbogen zur Implantation eines Portsystems für die Chemotherapie.

Die Klägerin stellte der Beklagten für den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 6. August 2009 bis 18. August 2009 nach der DRG-Fallpauschale G47A 2.420,96 EUR in Rechnung (Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter (15 Jahre, mit bösartiger Neubildung oder chronisch entzündlicher Darmerkrankung; Grenzverweildauer nach Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2009: 16 Tage).

Dr. D verordnete dem Versicherten am 25. August 2009 aufgrund des Adenokarzinoms und einer Peritonealkarzinose eine Krankenhausbehandlung zur Portimplantation. Am 1. September 2009 wurde im Krankenhaus der Klägerin im Rahmen einer ambulanten Operation beim Versicherten ein Port in die vena cephalica angelegt.

Am 18. September 2009 stellte die Klägerin der Beklagten aufgrund der Erbringung einer ambulanten Operation (OPS 5-399.5) weitere 411,63 EUR in Rechnung. Die Beklagte bezahlte diese Rechnung unter Vorbehalt und veranlasste eine sozialmedizinische Stellungnahme des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen (MDK). Dieser übersandte der Klägerin unter dem 7. Oktober 2009 eine Prüfanzeige und legte eine Stellungnahme vom 20. November 2008 vor. Darin hieß es, dass auf die Notwendigkeit einer Portimplantation zur Durchführung der empfohlenen ambulanten Antikörper- und Chemotherapie schon in der Epikrise vom 18. September 2009 verwiesen worden sei. Es sei ein "sachlicher, fachlicher und zeitlicher Zusammenhang gegeben". Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 10. Dezember 2009 die Einschätzung des MDK mit. Soweit nachstationäre Behandlungen nicht gesondert vergütet würden, seien deren Prozeduren bei der Abrechnung der stationären Behandlung zu berücksichtigen. Die Beklagte rechnete sodann den gezahlten Betrag mit weiteren Forderungen der Klägerin auf.

Die Klägerin widersprach der Beklagten mit Schreiben vom 5. Januar 2010. Sie machte geltend, dass die Portimplantation im Zeitpunkt der Entlassung noch nicht geplant gewesen sei. Die entsprechende Verordnung sei erst von einer Vertragsärztin ausgestellt worden. Im Übrigen sei eine nachstationäre Behandlung im Sinne einer Festigung bzw. Sicherung des Behandlungserfolgs nicht gegeben. Die Portimplantation habe der Sicherung der Chemotherapie gedient, die im Krankenhaus nicht bzw. nicht mehr durchgeführt worden sei.

Die Beklagte ließ ein weiteres Gutachten des MDK vom 22. März 2010 erstellen. Darin wurde darauf verwiesen, dass mit dem Versicherten weitere Therapieoptionen ausführlich erörtert worden seien. Es sei davon auszugehen, dass mit ihm auch die beabsichtigte Portimplantation besprochen worden sei, die der Erleichterung der Chemotherapie gedient habe. Die Chemotherapie sei Bestandteil des Gesamttherapiekonzepts bei der angegebenen Diagnose gewesen. Es habe also ein medizinischer Zusammenhang zwischen der stationären Diagnostik und der nachfolgenden Portimplantation bestanden. Mit Schreiben vom 31. März 2010 teilte die Beklagte mit, dass sie an ihrer Auffassung festhalte.

Am 15. September 2010 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Dresden (SG) erhoben. Die Beklagte stehe zu Unrecht auf dem Standpunkt, dass die durchgeführte Operation der nachstationären Behandlung zuzurechnen sei und daher nicht neben der DRG-Fallpauschale abrechenbar sei. Vielmehr habe die Klägerin Anspruch auf Vergütung der ambulant durchgeführten Operation gemäß [§ 115b Abs. 1 und 2 SGB V i.V.m. § 7 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V](#) – Ambulantes Operieren und stationäres Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) i.V.m. den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Das Krankenhaus der Klägerin sei für ambulante Operationen nach dem Katalog gemäß [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zugelassen. Im betreffenden Fall hätten die behandelnden Ärzte nach gewissenhafter Prüfung die Notwendigkeit der Anlage eines Portsystems festgestellt. Diese Operation sei durchgeführt worden und auch in dem Katalog gemäß [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (OPS 5-399.5) enthalten gewesen. Nach [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) sei eine nachstationäre Behandlung neben der DRG-Fallpauschale zwar nur dann abrechenbar, soweit die Summe aus den stationären Behandlungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzerweildauer der Fallpauschale übersteigen würde; in allen anderen Fällen decke die DRG-Fallpauschale die vor- und nachstationäre Behandlung bereits ab. Eine nachstationäre Behandlung liege allerdings gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nur dann vor, wenn sie dem Zweck diene, den "bisherigen", den "stationären", den während der vollstationären Behandlung im Krankenhaus bzw. den "dort erwirkten" Behandlungserfolg zu festigen oder zu sichern. Dies lege schon der Wortlaut der Bestimmung nahe, ergebe sich aber auch aus ihrem Normzweck, durch nachstationäre Behandlung die vollstationäre Behandlung zu verkürzen, um im Ergebnis zum Abbau von Krankenhausbetten beizutragen. Den Krankenhäusern werde so ermöglicht, quasi ambulant den Versicherten noch für einen gewissen Zeitraum weiterzubetreuen (z.B. zur Wundversorgung, zum Verbandwechsel, zum Fädenziehen usw.). [§ 115a SGB V](#) meine daher nur Fälle, in denen unterstützende und begleitende Maßnahmen "zur Sicherung der bisherigen stationären Behandlung" erforderlich seien. Davon zu unterscheiden seien Maßnahmen, die "prospektiv der Behandlung des Patienten auf der Grundlage seines neuen gesundheitlichen Status" dienen, "den er aufgrund der stationären Behandlung erlangt" habe; mit anderen Worten seien von [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nur Maßnahmen erfasst, die "der Erreichung eines Etappenziels des konkreten Behandlungserfolgs" dienen und nicht solche, "die für eine zukünftige Behandlung erforderlich sind oder weitere Behandlungen einleiten, vorbereiten oder bereits deren Beginn darstellen". Vorliegend habe die Portimplantation ausschließlich der Vorbereitung einer im ambulanten Bereich durchgeführten palliativen Chemotherapie gedient; diese sei als eigenständiger onkologischer Behandlungszyklus anzusehen, vor dessen Beginn die betreffende ambulante Operation erforderlich gewesen sei. Diese Sichtweise entspreche zum einen einer Klarstellung zur Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV-2009), zum anderen widerspreche die Zusammenführung mehrerer Behandlungszyklen zu einer "großen Behandlung" der klinischen Wirklichkeit, in der gerade Tumorkranke teils über Jahre behandelt würden. Im zu entscheidenden Fall sei während der stationären Behandlung nur eine Diagnostik aufgrund abdomineller Schmerzen durchgeführt worden; diese sei am 18. August 2009 abgeschlossen gewesen, und eine weitere stationäre Behandlung sei nicht erforderlich gewesen. Die Diagnostik habe keiner Sicherung und Festigung gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) bedurft. Unabhängig davon sei den gesetzlichen Regelungen kein Vergütungsausschluss dahingehend zu entnehmen, dass Leistungen, die gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) als nachstationäre Leistungen erbracht werden können, nicht stattdessen auch als ambulante Operation nach [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) erbracht und dementsprechend vergütet werden dürfen.

Die Beklagte hat nochmals auf die eingeholten MDK-Gutachten verwiesen. Die Klägerin könne aufgrund der Abgeltungswirkung der DRG-Fallpauschale keine gesonderte Vergütung der Portimplantation als ambulante Operation nach [§ 115b SGB V](#) verlangen. Dies folge daraus, dass eine nachstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) vorgelegen habe. Die zeitlichen Vorgaben des [§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) seien erfüllt gewesen. Die Portimplantation habe auch im Sinne des Gesetzestextes der Sicherung und Festigung des Behandlungserfolgs – d.h. der Fortführung einer bereits laufenden und schon während des stationären Aufenthalts des Versicherten konzipierten weiteren Behandlung – gedient. Die von der Klägerin vorgenommene Differenzierung nach Maßnahmen, die zur Sicherung und Festigung eines mit der stationären Behandlung erreichten "Etappenziels" und die zur Durchführung weiterer Behandlungsschritte dienten, sei nicht maßgeblich. Schließlich verstieße die Abrechnung als ambulante Operation auch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Denn es sei nicht ersichtlich, weshalb der Port nicht schon während der stationären Behandlung angelegt worden sei, sondern in einem besonderen Termin. Die Klägerin sei wie bei einem "künstlichen Fallsplitting" vorgegangen, indem sie Diagnostik und Behandlung voneinander getrennt habe, um einen weiteren Vergütungstatbestand zur Abrechnung bringen zu können.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 12. September 2012 antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 411,63 EUR nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. Dezember 2009 zu zahlen, und zugleich die Berufung gegen das Urteil wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Die Klägerin habe Anspruch auf Vergütung der Portimplantation als ambulante Operation nach [§ 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. AOP-Vertrag. Nachstationäre Behandlungen im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) seien zwar grundsätzlich – außer in den in § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG genannten Fällen – von der DRG-Fallpauschale erfasst. Die Portimplantation sei aber keine nachstationäre Behandlung im gesetzlichen Sinne gewesen. Denn sie habe nicht der Sicherung oder Festigung des Erfolgs einer vorangegangenen stationären Behandlung gedient. Während des stationären Aufenthalts habe lediglich eine umfangreiche Diagnostik stattgefunden. Der Erfolg der Behandlung habe sich darauf beschränkt, die Ursachen der Erkrankung zu klären. Diese Erkenntnis habe nicht durch die Antikörper- und Chemotherapie bzw. die Portimplantation gesichert werden müssen. Es sei auch nicht erkennbar, dass die stationäre Krankenhausbehandlung in irgendeiner Form der Stabilisierung des Allgemeinzustands des Versicherten gedient habe und dieser Zustand mit der anschließenden Therapie habe gesichert werden sollen. Diese sei als "separater Behandlungsschritt" anzusehen. Ein "künstliches Fallsplitting" sei ebenso wenig ersichtlich; denn der Versicherte hätte sich alternativ auch für eine bei einem Vertragsarzt durchzuführende ambulante Operation entscheiden können.

Am 7. Dezember 2012 hat die Beklagte Berufung gegen das ihr am 16. November 2012 zugestellte Urteil des SG eingelegt. Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die Portimplantation als nachstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) anzusehen sei. Soweit das SG meine, die Krankenhausbehandlung habe sich in der Klärung der Ursachen der Erkrankung des Versicherten erschöpft, greife diese Sichtweise zu kurz. Abzustellen sei auf ein ganzheitliches Verständnis der Behandlung. Der Begriff der Behandlung umfasse neben therapeutischen Maßnahmen auch die Diagnostik; die Behandlung müsse noch nicht abgeschlossen sein. Maßgeblich sei, dass eine Diagnostik mit dem Ziel durchgeführt worden sei, den aktuellen Zustand des Versicherten möglichst lange zu erhalten bzw. zu bewahren. Vorliegend sei es darum gegangen, durch eine Diagnostik die eigentliche Behandlung – die Chemotherapie – zu beginnen und letztlich die Grundlage dafür zu schaffen, die "gute Verfassung" des Versicherten zu bewahren. Dies reiche für eine nachstationäre Behandlung aus. Im Übrigen treffe nicht zu, dass keine Anhaltspunkte für ein "künstliches Fallsplitting" erkennbar seien. Entscheidend sei nicht, dass der Versicherte die Portimplantation auch bei einem Vertragsarzt hätte durchführen lassen können, sondern dass die Indikation hierzu, um eine Chemotherapie durchzuführen, schon während der stationären Krankenhausbehandlung gestellt und mit dem Versicherten besprochen worden sei. Hinsichtlich der Frage, ob die Sicherung des Behandlungserfolgs beabsichtigt gewesen sei, müsse auf das onkologische Gesamtbehandlungskonzept – von der Diagnose über ggf. erforderliche operative Maßnahmen bis zur Chemotherapie – abgestellt werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 12. September 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend und wiederholt ihre bisherige Argumentation. Insbesondere treffe nicht zu, dass eine nachstationäre Behandlung gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) erbracht worden sei. Nochmals sei darauf hinzuweisen, dass keine Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt worden sei, um einen Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Der Erfolg habe nur darin bestanden, dass die Ursache der Beschwerden des Versicherten geklärt werden konnte; eine Tumoresektion oder eine andere Operation habe demgegenüber – wie die der Abrechnung zugrundeliegende DRG-Fallpauschale zeige – nicht stattgefunden. Es sei auch kein "künstliches Fallsplitting" festzustellen. Im Zeitpunkt der Entlassung habe u.a. nicht festgestanden, von wem ein Port implantiert werden sollte. Es sei nicht ein im Voraus schon feststehendes Geschehen künstlich in zwei Behandlungsabschnitte aufgeteilt worden.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte zum betreffenden Fall vorgelegen. Diese sowie die in der Gerichtsakte befindlichen Schriftsätze nebst Anlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Hierauf und auf den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestands Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die gemäß [§ 144 Abs. 1](#) und 2 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zugelassene und damit statthafte Berufung der Beklagten hat Erfolg.

1. Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, da es sich bei einer Klage, die auf die Zahlung der Vergütung eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse gerichtet ist, um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungs-verhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt außer Betracht bleibt (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris Rn. 9).

2. Die Klage ist jedoch unbegründet und daher abzuweisen. Die Beklagte ist nicht zur Zahlung von 411,63 EUR nebst Zinsen an die Klägerin zu verurteilen. Die Klägerin erhielt von der Beklagten auch nach Aufrechnung die ihr zustehenden Vergütungen in voller Höhe.

a) Rechtsgrundlage für die von der Beklagten erklärte Aufrechnung mit einem öffentlich-recht-lichen Erstattungsanspruch zur Erfüllung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser ist [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 387](#) ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Auch außerhalb der besonderen Regelungen der [§§ 51, 52](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) über die Aufrechnung gegen Sozialleistungsansprüche besteht im Sozialrecht allgemein die Möglichkeit, einer öffentlich-rechtlichen Forderung im Wege der Aufrechnung – bei entsprechender Anwendung der [§§ 387 ff. BGB](#) – entgegenzutreten. Voraussetzung dieses einseitigen Rechtsgeschäfts, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist gemäß [§ 387 BGB](#), dass sich zum Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen, wobei die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung uneingeschränkt wirksam und fällig sein muss, die Hauptforderung dagegen nur erfüllbar zu sein braucht (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris Rn. 13;

BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 10).

Diese Aufrechnungsvoraussetzungen waren hier erfüllt. Die Beklagte hatte der Klägerin aufgrund der Operation des Versicherten am 1. September 2009 zunächst 411,63 EUR gezahlt. Die Beklagte schuldete der Klägerin aber – wie nachfolgend zu zeigen ist – keine gesonderte Vergütung für diese Operation. Damit ergab sich eine rechtsgrundlose Zahlung und ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 411,63 EUR, mit dem die Beklagte gegen andere Forderungen der Klägerin wirksam aufrechnen konnte (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 10).

b) Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung einer ambulanten Operation des Versicherten vom 1. September 2010, da diese Leistung wirtschaftlicher als nachstationäre Behandlung hätte erbracht werden können. Eine gesonderte Vergütung der betreffenden Operation als nachstationäre Behandlung wäre nicht zulässig gewesen.

(1) Rechtsgrundlage des von der Klägerin behaupteten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), § 1 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG, [§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) und § 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag in der hier maßgeblichen Fassung vom 17. August 2006.

Das Krankenhaus der Klägerin war als Plankrankenhaus ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) gemäß [§ 109 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) zur Krankenhausbehandlung gesetzlich Versicherter zugelassen. Zur Krankenhausbehandlung gehört nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) neben der voll- und teilstationären Behandlung auch die vor- und nachstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115a SGB V](#) sowie das ambulante Operieren im Krankenhaus im Sinne des [§ 115b SGB V](#). Eine ambulante Operation kann – im Grundsatz – von einem Krankenhaus erbracht werden, soweit sie im Katalog nach [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) bzw. nach § 3 AOP-Vertrag und der zugehörigen Anlage 1 enthalten ist und soweit der Eingriff von dem Krankenhaus gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag in einem Leistungsbereich durchgeführt wird, in dem das Krankenhaus auch stationäre Behandlungen durchführen darf. Ambulante Operationen werden nach § 1 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG, [§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag insbesondere auf der Grundlage des EBM nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen.

Vorliegend ist unstrittig, dass die betreffende Operation ambulant durchgeführt wurde, im Katalog gemäß Anlage 1 zum AOP-Vertrag enthalten war (OPS 5-399.5) und das Krankenhaus der Klägerin für Operationen im maßgeblichen Leistungsbereich zugelassen war. Auch die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Operation gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) als Grundvoraussetzung für einen Anspruch auf Krankenhausvergütung (BSG, Urteil vom 17. November 2015 – [B 1 KR 41/14 R](#) – juris Rn. 8) steht außer Frage.

(2) Der Krankenträger hat jedoch im Falle einer Operation, die nicht nur die Voraussetzungen einer ambulanten Operation im Sinne des [§ 115b SGB V](#) erfüllt, sondern darüber hinaus auch die Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#), kein Wahlrecht dergestalt, dass eine Vergütung als ambulante Operation gemäß [§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag verlangt werden kann, wenn die nachstationäre Behandlung gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG mit der DRG-Fallpauschale abgegolten wäre. Vielmehr bewirkt § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG dann einen Vergütungsausschluss, der auch nicht durch untergesetzliche Vereinbarungen – etwa im AOP-Vertrag oder in Regelungen der Vertragspartner nach § 9 Abs. 1 KHEntgG (z.B. in der FPV-2009) – umgangen werden kann. Dabei ist in diesen Fällen nicht zu prüfen, ob die nachstationäre Behandlung alternativ auch im vertragsärztlichen Bereich hätte erbracht werden können bzw. ob Anforderungen erfüllt werden mussten, die eine Nachversorgung durch das Krankenhaus erforderten (vgl. Wollschläger, Anm. in KrV 2016, 154; zum Anliegen des Gesetzgebers, die "Versorgung im Zeitraum des Behandlungstransfers von der stationären auf die ambulante Versorgung" sicherzustellen, siehe auch Köhler-Hohmann in jurisPK, SGB V, 3. Aufl., § 115a Rn. 24). Im Einzelnen gilt nach den Ausführungen des BSG im Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – (juris Rn. 13 ff.), denen sich der Senat anschließt, Folgendes:

Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt alle Leistungserbringer, auch Krankenhäuser, bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen [...]. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind [...]. Behandelt ein Krankenhaus eine[n] Versicherte[n] bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten anfiel. [Dies] gilt auch für die Wahl zwischen ambulanter Operation und nachstationärer Behandlung, soweit sich diese Bereiche überschneiden.

Grundsätzlich ist nachstationäre Behandlung nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreicht [...]. Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#) [...]). Mit der Einführung vor- und nachstationärer Leistungen sollten Einsparungen erzielt, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werden sollte. Eine solche, hinsichtlich der Vergütung unkoordinierte Tätigkeitsausdehnung der Krankenhäuser hätte zu Doppelvergütungen geführt, da die [Krankenkassen] für die vertragsärztliche Versorgung bereits nach Maßgabe der Gesamtverträge zahlen [...]. Dort, wo der Gesetzgeber solche Ausweitungen der Behandlungen durch Krankenhäuser zuließ, traf er zugleich Regelungen, die eine Doppelvergütung und einen Kostenschub verhinderten [...].

[Das] Verbot von Doppelvergütungen ist aber auch mit Blick auf bereits durch Fallpauschalen vergütete Krankenhausleistungen zu beachten. Es wirkt in den Sonderkonstellationen, in denen eine Behandlung nachstationär – und nicht im Rahmen einer gesondert zu vergütenden ambulanten Operation – erbracht werden darf, weil diese Behandlung durch eine nicht ausgeschöpfte Fallpauschale für das Krankenhaus vergütet wird und damit die vom Gesetzgeber nicht gewollten Doppelzahlungen vermeidet [...]. Insoweit findet keine weitere Vergütung der Krankenhausleistung über die vorgesehene Fallpauschale hinaus statt, insbesondere keine Vergütung einer ambulanten Operation. Die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung durch die Fallpauschale entfaltet insoweit eine Sperrwirkung. [...]

Rechtsgrundlage des Vergütungsausschlusses für die nachstationäre Behandlung ist das Anrechnungsverbot des § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG: Danach darf zusätzlich zu einer Fallpauschale u.a. eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG, seit 25. März 2009; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG [...]). Dieser Vergütungsausschluss für

die nachstationäre Behandlung ist nur insoweit auf ambulante Operationen im Krankenhaus anwendbar, als sich die beiden Regelungen überschneiden. [...]. [Der] gesetzliche Vergütungsausschluss gilt nicht generell für alle ambulanten Behandlungen [], sondern nach dem klaren Wortlaut nur für nachstationäre Behandlungen.

(3) Die betreffende Operation erfüllte die Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung nach [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#). Eine nachstationäre Behandlung im Sinne dieser Bestimmung ist gegeben, wenn ein Krankenhaus einen Versicherten innerhalb der Zeitgrenzen des [§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) "in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung" behandelt, "um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen".

Die Operation wurde im Krankenhaus der Klägerin innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung ambulant erbracht und umfasste nur einen Behandlungstag, sodass die Zeitgrenzen nach [§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) eingehalten wurden.

Es handelte sich auch um eine Behandlung "im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung", um "den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen".

Insoweit ist zunächst klarzustellen, dass auch die im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten diagnostischen Maßnahmen sowie die interdisziplinäre Erörterung von Therapieoptionen bzw. die Entwicklung einer Therapieempfehlung in dem betreffenden Krankheitsfall im Rahmen eines Tumorboards sowie die Erörterung mit dem Versicherten eine (Krankenhaus-) Behandlung darstellen. Denn zur Krankenhausbehandlung zählen nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) "alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind". In diesem Sinne war die durchgeführte Diagnostik notwendig, um die Ursachen der Beschwerden des Versicherten zu ermitteln. Ferner war es auch notwendig, zu klären, ob kurative Therapieoptionen noch bestanden bzw. welche palliative Therapie aus ärztlicher Sicht indiziert bzw. zu empfehlen war, d.h. ein Gesamtherapiekonzept zu entwickeln.

Des Weiteren wurden – entgegen den Darstellungen der Klägerin – während des stationären Aufenthalts des Versicherten nicht ausschließlich diagnostische Maßnahmen ergriffen. Vielmehr wurden ausweislich der Patientenakte während der Koloskopie am 11. August 2009 zwei der neun aufgefundenen Kolon-adenome mittels Infiltration des Polypenstiels mit NaCl und Elektroschlinge vollständig abgetragen, die sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befanden und aus denen sich mithin weitere maligne Neubildungen hätten entwickeln können (gemäß pathologisch-anatomischer Begutachtung Kat. 3 und Kat 4.1, teils fraglich im Gesunden entfernt). Es erfolgte also eine teilweise Entfernung von Körpergewebe, aus dem sich eine Verschlimmerung der bösartigen Erkrankung, die im Krankenhaus der Klägerin behandelt wurde, ergeben konnte. Damit dürfte – in gewissem Umfang – ein Behandlungserfolg schon während der stationären Behandlung eingetreten sein. Auf diesen Aspekt kommt es jedoch im vorliegenden Fall nicht entscheidend an.

Es trifft zwar zu, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt häufig mit einem operativen Eingriff oder einer anderen kurativen Behandlung einhergeht, von der sich die Ärzte bereits einen Behandlungserfolg im Sinne einer Heilung oder eines Schrittes in Richtung einer Heilung oder eines "neuen [besseren] gesundheitlichen Status" (Kuhla, NZS 2002, 461 [463]) versprechen. Dies ist – wie in dem vom BSG entschiedenen Fall – z.B. bei Tumorpatienten anzunehmen, wenn der aufgefundene Tumor operativ entfernt wird. Eine nachstationäre Behandlung erfordert aber nicht zwingend, dass schon ein während der stationären Behandlung erreichter bzw. ein "stationärer" Behandlungserfolg gesichert oder gefestigt werden soll (a.A. noch Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 30. April 2014 – [L 5 KR 181/13](#) – juris Rn. 17: keine nachstationäre Behandlung, wenn nur diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden, da diese "keine Behandlung" seien; Kuhla, NZS 2002, 461 [463]: die nachstationäre Behandlung müsse dem "speziellen Erfolg" der stationären Behandlung dienen). Anders als in der Regelung des [§ 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. b SGB V](#) wird in [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht auf den "dabei" – d.h. den bei der Krankenhausbehandlung – erzielten Erfolg abgestellt. Der Formulierung des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) ist nicht ein Sinngehalt dahingehend zu entnehmen, dass die Sicherung eines schon in der Vergangenheit erreichten Behandlungserfolgs intendiert sein muss, ein in der Zukunft noch zu erreichender aber nicht ausreicht. Vielmehr genügt für eine Sicherung des Behandlungserfolgs, "dass die nachstationäre Therapie den Gesamterfolg der Behandlung des Krankheitsfalles sichern soll, um den sich bereits das Krankenhaus bemüht hat" (BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 17). Zu diesem Bemühen zählten zweifellos auch die durchgeführte Diagnostik sowie die auf Grundlage der Befunde entwickelte Behandlungsstrategie bzw. die Therapieempfehlung.

Entgegen der Auffassung der Klägerin widerspricht diese Auslegung nicht dem Zweck des [§ 115a SGB V](#), vollstationäre Behandlungszeiten zu verkürzen (vgl. [BT-Drs. 12/3608, S. 102](#)) und im Ergebnis Einsparungen zu erzielen. Zum einen geht es von vornherein nicht um eine vollstationäre Behandlung. Zum andern hat der Gesetzgeber – wie oben erläutert – dort, wo er wie in [§ 115a SGB V](#) Ausweitungen der Behandlungen durch Krankenhäuser zuließ, Regelungen getroffen, die eine Doppelvergütung und einen Kostenschub verhinderten (BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 14). Dabei weist die nachstationäre Behandlung regelhaft eine günstigere Kosten-Nutzen-Relation auf, da das Krankenhaus nur bei Überschreiten der Grenzverweildauer eine zusätzliche Vergütung erhält (vgl. Köhler-Hohmann in jurisPK, SGB V, 3. Aufl., § 115a Rn. 31).

Die Klägerin kann auch nicht geltend machen, dass das Abstellen des BSG auf den "Gesamterfolg der Behandlung des Krankheitsfalles" der klinischen Wirklichkeit widerspreche, weil Tumorpatienten vielfach über Jahre in mehreren Behandlungszyklen behandelt werden. Soweit sich im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung z.B. eine ambulante Chemotherapie oder eine Strahlentherapie in mehrwöchigen Zyklen anschließt, ist diese – anders als die bloße Portimplantation – nicht mehr mit der DRG-Fallpauschale für die vorangegangene stationäre Behandlung abgegolten und wäre somit nach § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG gesondert zu vergüten. Eine gesondert zu vergütende nachstationäre Behandlung wird aber regelmäßig nicht erforderlich sein und kann dann auch nicht als solche erbracht werden (zur Einordnung in die Leistungskategorien Wollschläger, KrV 2016, 154 [155]; siehe auch BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris 17 ff.).

Aber auch unabhängig von einem Vergütungsausschluss aufgrund des § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG leuchtet im konkreten Fall nicht ein, weshalb die Portanlage als ambulante Leistung im Ergebnis kostengünstiger gewesen sein sollte. Während es in dem vom BSG entschiedenen Fall möglicherweise sogar sinnvoll erschien, die Portimplantation nicht unmittelbar an die Tumorsektion anzuschließen, um dem Versicherten Gelegenheit zu geben, sich zu erholen, bestand hier – wie der MDK ausgeführt hatte – aus medizinischer Sicht kein Anlass, den Port nicht schon während der stationären Behandlung anzulegen.

Das vorstehend erläuterte Verständnis des Begriffs des Behandlungserfolgs in [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) entspricht schließlich auch dem Erfordernis, die Reichweite der Abgeltungswirkung der DRG-Fallpauschale klar bestimmen zu können. Würde man darauf abstellen, ob sich schon ein Erfolg während der stationären Behandlung eingestellt hatte, kämen gerade bei Tumorkranken auch medizinische Wertungen zum Tragen, die eine klare Abgrenzung der nachstationären Behandlung erschwerten. So wäre etwa bei einem ganz oder teilweise aufgegebenen Versuch einer Tumorektomie (und z.B. postoperativer Wundversorgung) fraglich, ob dies als "Behandlungserfolg" angesehen werden könnte.

Im Ergebnis kommt es daher vorliegend nicht darauf an, dass die Antikörper- und Chemotherapie ambulant durchgeführt werden sollte (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 19) und sich hier sogar als erste therapeutische Maßnahme oder als neuer Behandlungszyklus darstellte. Maßgeblich ist vielmehr, dass die Antikörper- und Chemotherapie eine Behandlung des zuvor bereits stationär behandelten Krankheitsfalles sein sollte (hier der Tumorerkrankung bzw. des Adenokarzinoms mit Netzkarzinose usw.) und mit der Portimplantation eben diese Chemotherapie bzw. damit der noch mögliche "Gesamterfolg der Behandlung des Krankheitsfalles" (BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris Rn. 17) – eine adäquate palliative Therapie – gesichert werden sollte. Dabei ist der vom Gesetz geforderte Anschlusszusammenhang ("um im Anschluss an [] zu sichern") bzw. das auch mit der Formulierung "in medizinisch geeigneten Fällen" zum Ausdruck gebrachte Erfordernis eines zeitlichen und sachlichen Zusammenhangs zur vorangegangenen Krankenhausbehandlung (Köhler-Hohmann in jurisPK, SGB V, 3. Aufl., § 115a Rn. 20) jedenfalls dann noch gegeben, wenn – wie hier – mit den Mitteln des Krankenhauses eine Diagnostik erfolgt, daraufhin eine ambulante Therapie empfohlen wird und die nachstationäre Behandlung die Durchführung der empfohlenen Therapie sichern soll. Für einen solchen Anschlusszusammenhang spricht auch der Umstand, dass der Versicherte schon am 18. August 2009 – dem letzten Tag der stationären Behandlung – das Aufklärungsgespräch für die Portanlage geführt und den Aufklärungsbogen unterzeichnet hatte.

(4) Da unter Einschluss des nachstationären Behandlungstages die Grenzverweildauer im Sinne des § 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG (hier Nr. 3 Alt. 1 in der ab 25. März 2009 geltenden Fassung) für die betreffende DRG-Fallpauschale nicht überschritten wurde, greift der vorstehend erläuterte Vergütungsausschluss (vom 6. August 2009 bis 18. August 2009 = 13 Tage, zzgl. ein Tag nachstationäre Behandlung = 14 Tage). Die Klägerin kann mithin keine Vergütung der ambulanten Operation als solche nach [§ 115b SGB V](#) verlangen.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

III.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

IV.

Die Entscheidung über den Streitwert folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 47 Abs. 1](#) und 2, [§ 52 Abs. 1](#) und [Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz und entspricht derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2017-04-26